

THESIS

MUNICH

1966

Strumektomie und Depression

Karl-Heinz Schmidt

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154017_0139

Aus der Nervenlinik der Universität München

Direktor Prof. Dr. K. Kolle

Strumektomie und Depression

Inaugural-Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

Verfaßt und

einer Hohen Medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl-Heinz Schmidt

aus

L o d z

München 1966

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Dietrich

Mitberichterstatter: Prof. Dr. K. Kolle

Dekan: Prof. Dr. M. Kiese

Tag der mündlichen Prüfung: 4. Oktober 1966

INHALTSVERZEICHNIS

1. Problemstellung und Aufgabe der Arbeit
2. Literatur
 - a) Häufigkeit des Auftretens
 - b) Persönlichkeit vor der Strumektomie
 - c) Zeitpunkt des Auftretens nach der Operation
 - d) Symptomatik
3. Diskussion der Literatur jeweils im Zusammenhang mit den einzelnen Punkten. Kurzes Ergebnis zum Schluß
4. Methode der eigenen Untersuchung
5. Eigene Ergebnisse
 - a) Häufigkeit der Strumektomiefälle bei Depressionen
 - b) Häufigkeit der Strumektomiefälle bei psychisch Gesunden
 - c) Persönlichkeit vor der Strumektomie
 - d) Zeitpunkt des Auftretens der Psychose nach der Operation
 - e) Unterschiedlicher Zeitraum bei vor der Operation psychisch Gesunden und psychisch Belasteten
 - f) Zusammenhang zwischen Alter und Zeitraum des Auftretens der psychischen Störung nach der Operation
6. Diskussion der Ergebnisse
7. Zusammenfassung

Strumektomie und Depression

1. PROBLEMSTELLUNG UND AUFGABE DER ARBEIT

Psychische Störungen nach Strumektomie scheinen häufiger zu sein, als nach anderen Operationen (4). Das ist nicht nur den Chirurgen aufgefallen; auch viele Psychiater stehen unter dem Eindruck, daß unter ihren Patienten, besonders ihren Patientinnen, viele Strumektomierte sind (1). Die psychischen Störungen treten auch dann auf, wenn eine Hypo- und Hyperthyreose nicht mehr nachweisbar ist.

Meine Arbeit versucht, anhand von Patientinnen der Nervenklinik der Universität München die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Strumektomie und Depression zu beantworten. Verhält es sich so, daß Strumektomien Depressionen auslösen, eine Korrelation über 0,5 zwischen beiden Faktoren besteht oder steht die Kropfoperation in keinem kausalen oder korrelativen Zusammenhang mit Cyklothymie.

2. L I T E R A T U R

a) Häufigkeit des Auftretens

Von tausend Appendektomierten und tausend Strumektomierten in den Jahren 1920 bis 1930 traten in den folgenden 19 Jahren von den Strumektomierten um gut die Hälfte mehr in psychiatrische Behandlung als von den Appendektomierten (1). CARPELAN berichtet, daß von 87 Thyreodek-

tomieaufnahmen 47 Patienten psychopathische Besonderheiten aufwiesen, die mit der Operation kausal in Zusammenhang gebracht werden mußten. Von 13 endogenen und reaktiven Psychosen fand sich dreimal Schizophrenie, dreimal eine schizophren-reaktive Psychose, 6 endogene Depressionen und eine reaktive depressive Psychose. HOWARD und ZIEGLER berichten, daß sich 3,4 % Thyreodektomien unter allen Aufnahmen eines Jahres befanden (6). Und BROCKMAN spricht von 2,5 % (2).

Ob und wie weit eine Beziehung zwischen psychischer Erkrankung und Strumektomie besteht, läßt sich aus den zitierten Angaben nicht sagen. Die Untersuchungen von BLEULER haben ergeben, daß in Kropfendemiegebieten eine Korrelation zwischen Schwachsinn und Kropf besteht; denn die Differenz zwischen Strumektomierten und Appendektomierten war bei den Schwachsinnigen bei weitem am größten (das Vierfache).

Die oben angegebenen Prozentzahlen kann man auf ihre Signifikanz nur beurteilen, wenn man als Vergleichswert einen Prozentsatz von Thyreodektomierten bei nicht psychisch Kranken kennt. Ich habe in der wenigen Literatur, die es über "Thyreodektomie-Psychosen" gibt, solche Vergleichsangaben nicht gefunden.

Ein weiterer Gesichtspunkt muß uns helfen, die Zusammenhänge zwischen Strumektomie und Psychose zu klären. Betrachten wir die psychische Persönlichkeit vor der Operation.

b) Persönlichkeit vor der Strumektomie

Von den 5 Fällen, die BROCKMAN beschreibt, waren 3 vor der Operation merklich cyclothym und zwar "in dem Grade,

daß die Familienangehörigen von sich aus von Stimmungsschwankungen sprachen". Die beiden übrigen Patientinnen zeigten das Bild einer "quälenden Zwangspersönlichkeit mit dem Merkmal von Genauigkeit, Ordentlichkeit und außerordentlicher Sauberkeit". HOWARD und ZIEGLER zeigen bei ihren 70 untersuchten Patienten eine andere Statistik:

Bei 57 % bestehen keine nervösen oder psychotischen Phasen vor der Strumektomie, eine Phase bei 19 % und mehr als eine Phase bei 24 % der Kranken: d.h., daß 43 % vor der Operation schon psychisch auffällig waren.

CARPELAN ist zu dem Ergebnis gekommen, daß primär neurotische Persönlichkeiten nach der Operation mit Verstärkung der alten Symptomatik reagieren. Primär ausgeglichene Menschen entwickeln anschließend an die Thyreodektomie schwere psychotische Störungen, deren endokriner Anteil deutlich ist.

Ein anderer Autor wieder sagt, daß die chirurgische Behandlung von "normalen oder fast normalen Mädchen" sehr gut vertragen wird, bei den ängstlichen und hysterischen Charakteren mit Wahrscheinlichkeit die Genesung verzögert ist (5).

Das sind zum Teil voneinander abweichende Ergebnisse und sie stützen die Behauptung vom Kausalzusammenhang zwischen Strumektomie und Psychose auch nur sehr unbefriedigend. Wie wir die obigen Ergebnisse resümieren können, ist bei einem großen Prozentsatz der Strumektomierten der Patient schon vor der Operation mehr oder weniger stark psychisch gestört (6).

Es sind aber noch andere Differentialdiagnosen zu bedenken:

1. Eine bisher latente cyklothyme Psychose wird durch die Operation ausgelöst.
2. Eine beginnende cyklothyme Phase wird als Hyperthyreose fehldiagnostiziert, bedingt die falsche Indikation für die Operation, die dann natürlich den Verlauf der Phase nicht aufhalten kann (1).
3. Falsche psychiatrische Diagnose: es liegt keine Cyklothymie vor; es kann eine Hypo- oder Hyperthyreose vorhanden sein, die sich aber der üblichen Diagnostik entzieht.
4. Eine symptomatische Psychose, die durch das operative Vorgehen, die damit verbundene Narkose, Bluttransfusion, Medikamentengabe etc. entstanden ist, wird mit einer atypischen (cykloiden) Psychose verwechselt.
5. Postoperative Psychosen, die einige Stunden bis Tage und postanästhetische Delirien, die sofort nach der Operation einsetzen, sind differentialdiagnostisch am leichtesten zu erkennen (2).

c) Zeitpunkt des Auftretens nach der Operation

Die sogenannten "Postthyreodektomiepsychosen" treten dagegen erst später auf: BROCKMAN und WHITMAN geben Zeiträume von 10 Tagen bis 4 Jahren an. Andere wiederum, die größeres statistisches Material besitzen, berichten von 2 Wochen bis 30 Jahren, im Durchschnitt von 6 - 7 Jahren (6).

Nun taucht sofort eine wichtige Frage auf: kann man einen Zusammenhang zwischen Thyreodektomie und Psychose überhaupt in Erwägung ziehen, wenn die Strumaoperation beim Auftreten der Psychose schon mehrere Jahre zurückliegt?

d) Symptomatik

Sogenannte Thyreodektomiepsychosen sind mit ihren klinischen Symptomen beschrieben worden. Es wurde angenommen, daß es sich um ein einheitliches klinisches Syndrom handelt, und darum wurde auch eine eigene Bezeichnung, nämlich "post-thyroidectomy-psychosis" vorgeschlagen (2). Die Mutmaßung aber lehnt BLEULER mit Entschiedenheit ab. Zu groß und heterogen sei die Vielfalt der klinischen Bilder, die von der Schizophrenie, endogenen Depression, Manie, Gedächtnisstörung, Desorientiertheit, auffälligem Benehmen mit Halluzinationen, bis zu den psychogenen Reaktionen wie Neurastenie, Angstgefühlen, Hypochondrie etc. reichen (3, 4, 6).

3. ZUSAMMENFASSUNG DES LITERATURSTUDIUMS

Psychische Störungen nach Strumektomie scheinen häufiger zu sein als nach anderen Operationen. Nach einem Intervall von zwei Wochen bis mehreren Jahren kann es zu psychischen Auffälligkeiten kommen, deren Symptomatik eine Vielfalt von Diagnosen zuläßt. Die Depression in verschiedenen Formen nimmt dabei den ersten Platz ein. Eine Klärung des Problems wurde bisher nicht erreicht.

4. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

An der Nervenklinik der Universität München habe ich die Krankengeschichten zweier Jahrgänge der Frauenabteilungen mit der Diagnose Cyklothymie und verwandte Psychosen durchgesehen. Aus dem Ausgangsmaterial (endogene Depression,

reaktive Depression, Altersdepression, klimakterische Psychose, Cyclothymie) habe ich jene Patientinnen ausgesondert, die strumektomiert worden waren. Krankengeschichten weiblicher Patienten habe ich deswegen verwendet, weil es viel mehr strumektomierte Frauen als Männer gibt. Das Verhältnis von Frauen und Männern soll 4 : 1 betragen (6). Krankengeschichten mit der Diagnose Cyklothymie wurden ausgesucht, weil Depressionen unter den Strumektomiefolgen vorherrschend sind (3, 4, 6).

Um mit einer Vergleichszahl aus einem psychisch nicht belasteten Patientenkreis der Häufigkeitskorrelation Strumektomie bei psychisch Kranken die rechte Bedeutung zu geben, habe ich 765 neurologische Krankengeschichten (also keine psychisch Kranken, zumindest nicht primär psychisch Kranken) nach Strumektomiefällen durchgesehen.

5. MEINE ERGEBNISSE LAUTEN:

1. Unter den 673 depressiven Kranken der Jahrgänge 1955 und 1956 fand ich 38 Strumektomierte. Im Jahre 1955 waren es unter 374 Fällen 20 und 1956 unter 299 Fällen 18.

D.H.: 5,65 % aller registrierten depressiven Patientinnen waren strumektomiert.

Die Diagnosen lauten im einzelnen folgendermaßen:

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| 1. Endogene Depression: | 18 Patientinnen |
| 2. Agitierte Depression: | 5 Patientinnen |
| 3. In Volutionsdepression: | 5 Patientinnen |
| 4. Reaktive Depression: | 4 Patientinnen |
| 5. Depression im Klimakterium: | 3 Patientinnen |

6. Cyklothymie:	1 Patientin
7. Manie:	1 Patientin
8. Migräne mit depressiver Verstimmung:	1 Patientin

2. Im Jahre 1955 und 1956 waren von 763 neurologischen Kranken 38 strumektomiert.

D.h. 4,96 % aller registrierten neurologischen Patientinnen waren strumektomiert.

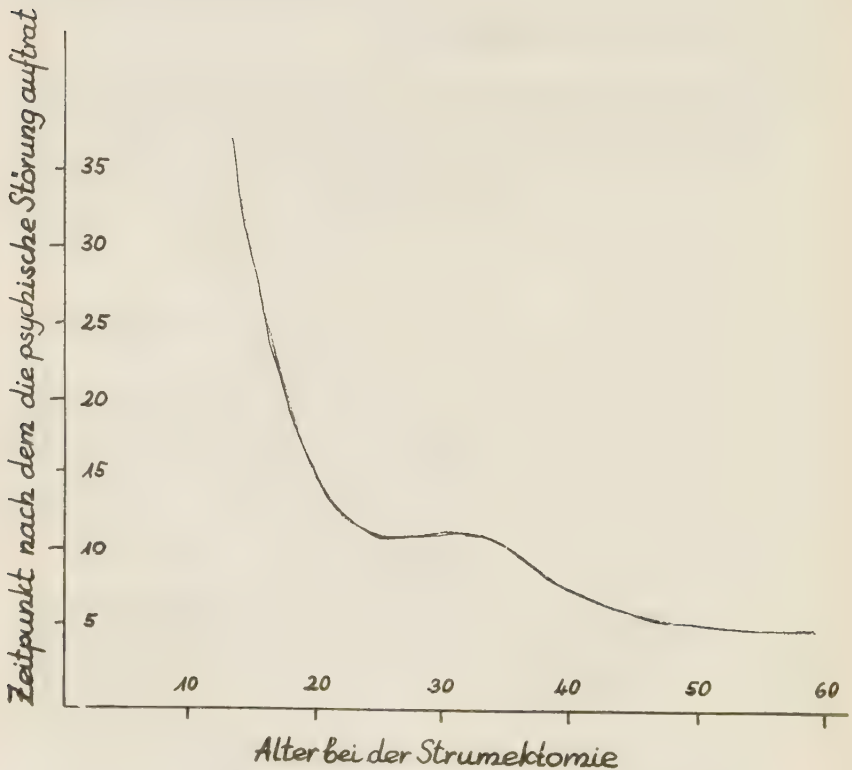
3. Von den 38 strumektomierten Depressionen waren 7 schon vor dem operativen Eingriff psychisch erkrankt:

1 Patientin:	drei depressive Phasen vor der Strumektomie;
2 Patientinnen:	zwei depressive Phasen;
1 Patientin:	eine depressive Phase;
1 Patientin:	wurde ein Jahr vor der Operation zunehmend depressiv;
1 Patientin:	sei immer schon etwas depressiv und schwierig gewesen, hat an Stimmungsschwankungen gelitten;
1 Patientin:	sei immer sehr traurig gewesen; habe einen Kloß im Hals verspürt.

4. a) Die Depressionen traten bei allen Strumektomierten im Durchschnitt 13,4 Jahre nach der Operation auf.
Im einzelnen: 5, 17, 9, 8, 25, 7, 17, 6, 18, 9, 3, 20, 16, 3, 15, 13, 25, 14, 15, 6, 13, 31, 35, 31, 12, 10, 37, 8, 4 Jahre, 16 Tage, 4 Monate.
- b) Bei den präoperativ psychisch Belasteten: einige Tage, 14 Tage, 6 Wochen, 6 Monate, 3, 14 und 19 Jahre.

c) Die Streubreite betrug einige Tage bis 37 Jahre nach der Operation.

5. Bei den Patientinnen, die vor der Strumektomie psychisch gesund waren, betrug der durchschnittliche Zeitraum zwischen Operation und Auftreten der Psychose 14,1 Jahre; bei den schon vor der Operation psychisch Auffälligen nur 5,2 Jahre.



6. Gut die Hälfte der vor der Strumektomie psychisch Belasteten wurde 14 Tage bis 6 Monate nach der Operation in die Psychiatrische Klinik eingeliefert. Bei 93,5 % der Patientinnen mit einer präoperativ psychisch gesunden Persönlichkeit trat die psychische Krankheit frühestens 3 Jahre nach der Operation auf.
7. Je älter die Patientinnen waren, desto kürzer war der Zeitraum zwischen Strumektomie und Psychose.

6. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die Prozentzahl von 5,65 (strumektomierte Patientinnen) erscheint, verglichen mit den Literaturangaben, hoch. Es sieht so aus, als würde die Annahme eines kausalen oder korrelativen Zusammenhanges zwischen Strumektomie und Cyklothymie damit unterstützt werden. Das ist aber durchaus nicht der Fall! Solche einfachen Schlußfolgerungen zu ziehen, hieße der Fragwürdigkeit speziell medizinischer Statistik Vorschub zu leisten.

Ganz abgesehen davon, daß wir anhand der Literatur festgestellt haben, daß besonders viele Depressive strumektomiert werden und daher umgekehrt unter den Depressiven mehr Strumektomierte zu finden sind als in anderen Krankheitsgruppen, können und müssen noch andere, konkretere Argumente gegen die Korrelation Strumektomie und Depression ins Feld geführt werden. Naheliegend wäre, die Prozentzahl von strumektomierten Personen zu ermitteln, die psychisch nicht krank sind. Ich habe deswegen die neurologischen Krankengeschichten von ebenfalls zwei Jahrgängen durchgesehen und gefunden, daß von ihnen ebenfalls 38 strumektomiert waren. Im Vergleich dazu erscheinen nun die 5,65 % der depressiven Patientinnen in einem anderen Licht.

Einen Fehler hat aber dieser Vergleich immer noch! 5 der Strumektomierten hatten eine depressive Phase schon vor der Operation und zwei waren latent depressiv, so daß der operative Eingriff entweder als auslösender Faktor gewertet werden kann oder die Phase früher oder später sowie so aufgetreten wäre. Aber wir wollen nicht spekulieren! Streichen wir nur die 5 präoperativ Depressiven von der Gesamtzahl (38) der Strumektomierten und vergleichen nun die Prozentzahlen.

Der Anteil der Strumektomierten bei den depressiv Kranken beträgt nun 4,90 %, der der neurologisch Kranken 4,96 %. Die Beobachtung, daß Strumektomie im besonderen Ausmaß mit depressiver Erkrankung korrelativ ist, kann durch unsere Untersuchung nicht bestätigt werden.

Der durchschnittliche Zeitraum zwischen Strumektomie und Manifestation der depressiven Phase ist in unseren Fällen größer als etwa bei den Patienten von HOWARD und ZIEGLER. Wir haben festgestellt, daß, abgesehen von zwei Ausnahmen, die Depressionen bei den präoperativ psychisch Gesunden frühestens 3 Jahre, im Durchschnitt aber erst 14 Jahre nach der Operation aufgetreten sind. Wie ist das zu bewerten?

Postoperative symptomatische Psychosen scheiden nach so langer Zeit aus. Darf man dann überhaupt einen kausalen Zusammenhang zwischen Strumektomie und Psychose annehmen? Die Vergleichszahl, die wir von den neurologischen Kranken erhalten haben, beweist nichts, aber sie zeigt, daß das Argument der Häufigkeit des Auftretens einer Depression nach Strumektomie als Argument eines kausalen Zusammenhanges wegfällt. Die Vergleichszahl zeigt, daß Strumektomien bei depressiven Kranken praktisch nicht häufiger als bei nicht psychisch Kranken sind. Sehen wir von der Möglich-

keit ab, daß die Depression auf eine nicht erkannte, latente Hypo- oder Hyperthyriose zurückgeht, so können wir den Schluß ziehen, daß die hier vorliegenden Depressionen in keinem Zusammenhang mit der vorausgegangenen Strumektomie stehen.

Anders verhält es sich bei jenen Patientinnen, die vor der Operation entweder schon depressive Phasen durchgemacht haben oder doch depressiv strukturiert waren. Gut die Hälfte von ihnen wurde einige Tage bis 6 Monate nach der Operation die die Psychiatrische Klinik eingeliefert. Daß man in diesen wenigen Fällen einen Zusammenhang zwischen Operation und Depression annehmen kann, liegt auf der Hand.

Aber drei Einwände bleiben bestehen:

1. Hat eine falsche Diagnose (Hyperthyriose statt Depression) zur Operation geführt?
2. Ist die Strumektomie als Operation oder als plötzliche Hormonumstellung des Organismus zum auslösenden Faktor der Depression geworden? Hat die Strumektomie die Depression rezidivieren lassen oder die präoperativen Symptome verstärkt? Die kurzen Zeiträume zwischen Operation und psychischer Erkrankung machen eine bejahende Antwort wahrscheinlich.
3. Sind die Patientinnen neben ihrer Depression aus internistischen Gründen strumektomiert worden?

7. ZUSAMMENFASSUNG

Meine Untersuchungen an Patientinnen der Nervenklinik der Universität München haben ergeben, daß bei denjenigen depressiv Kranken, die vor der Operation psychisch gesund

waren, kein Zusammenhang zwischen Strumektomie und Depression angenommen werden kann. Bei den Patientinnen, die vor der Operation schon eine Depression hatten, kam es nach der Strumektomie zu einem Rezidiv der depressiven Phase. Die Patientinnen schließlich, die in ihrer Persönlichkeitsstruktur cyklothym oder depressiv waren, haben auf die Operation mit einer endogenen Phase oder einer reaktiven Depression reagiert.

•

LITERATURVERZEICHNIS

1. BLEULER, M. : Endokrinologische Psychiatrie
Stuttgart. Thieme Verlag, 1954
2. BROCKMAN, D.D. and
R.M. WHITMAN : Post-Thyroidectomy Psychoses
J. Nerv. Ment. Dis., 116, 340
(1952)
3. CARPELAN, H. : Troubles psychiques apres
Thyroidectomy
Acta psychiat. scand. Suppl. 80,
217 (1953)
4. WINZENRIED, F.J.M. : In: Hormon u. Psyche, 5. Sympo-
sion der deutschen Gesellschaft
für Endokrinologie, März 1957
Berlin, Göttingen, Heidelberg;
Springer Verlag 1958
5. RUESCH, J. et al. : Psychological Invalidism in
Thyroidectomized Patients
Psychosom. Med., 9, 77 (1947)
6. HOWARD, M.Q. and
L.H. ZIEGLER : Psychoses and allied states
occurring subsequent to thy-
roidectomy
Amer. J. Psychiat., 98, 745
(1941/42)

LEBENS LAUF

Ich, Karl-Heinz Schmidt, bin als Sohn des Kaufmanns
Cäsar Schmidt und seiner Ehefrau Hedwig am 21. Juni 1938
in Lodz geboren.

Fünf Jahre besuchte ich die Volksschule und neun Jahre
die Oberrealschule am Domgymnasium in Freising.

Nach dem Abitur leistete ich den verlängerten Wehrdienst
von anderthalb Jahren ab. Ende März 1960 wurde ich als
Fähnrich der Reserve entlassen.

Im Sommersemester 1960 begann ich das Medizinstudium in
München. Im Sommersemester 1962 bestand ich die ärztliche
Vorprüfung. Das 7. und 8. Semester studierte ich an der
Universität in Wien.

Im August 1966 legte ich die ärztliche Staatsprüfung ab.

